

|  |           |                                     |            |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
|--|-----------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|--------------------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|------------------------|-----|--------------------------|-----|-------------------------------------|----------------------|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|---------|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|------------------|-----|--------------------------|-----|-------------------------------------|-------------|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|---------|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|--------------|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----------------|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|--------------------------|-----|-------------------------------------|-------------------|-----|--------------------------|-----|-------------------------------------|---------------------------|-----|--------------------------|-----|-------------------------------------|
| CURSO: MEDICINA  |           | CAMPUS: ALFENAS                     |            |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| SEMESTRE: 2  | ANO: 2022 | C/H: 100                            | AULAS: 120 |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| DISCIPLINA: <b>BASES DA TEC CIRURGICA E PROC. EMERGENC.</b>  |           |                                     |            |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| <b>PLANO DE ENSINO-APRENDIZAGEM</b>  |           |                                     |            |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| <b>OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:</b><br>Comportar-se adequadamente em ambiente cirúrgico;<br>Atuar em trabalho em equipe;<br>Manusear os instrumentais cirúrgicos básicos;<br>Executar as operações fundamentais sob supervisão, caracterizando o processo formativo dentro dos princípios de técnica cirúrgica asséptica e minimamente traumática;<br>Descrever as bases anátomo funcionais das principais cirurgias, bem como suas vias de acesso, suas indicações e seus princípios gerais de pré, per e pós operatório.   |           |                                     |            |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| <b>EMENTA:</b> A cirurgia no Currículo médico, história e Nomenclatura. Antissepsia e Paramentação. Equipe Cirúrgica e Instrumentação. Agulhas, Nós, fios e Suturas. Operações fundamentais: Diérese, hemostasia e sutura. Ambiente Cirúrgico. Drenos e Sondas: nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia. Laparotomias. Punções: Venosa, arterial, torácica e abdominal. Resposta endócrino metabólica ao trauma. Pré, Per e pós-operatório. Laparoscopia. Ressecções colônicas, colostomia e cirurgias orificiais. Ressecções e suturas gastroentéricas, suturas hepáticas, pancreáticas e esplênica. Antissepsia e Paramentação. Equipe cirúrgica e instrumentação. Agulhas, nós e fios cirúrgicos. Suturas. Ambiente cirúrgico. Drenos e sondas. Punções (venosa, abdominal e torácica). Treinamento de Habilidades.   |           |                                     |            |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| <b>METODOLOGIA:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Exposição Dialogada:</td> <td style="width: 10%;">SIM</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NÃO</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Estudo de caso:</td> <td style="width: 10%;">SIM</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NÃO</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trabalho de grupo:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Seminário:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Debate:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Painel:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TBL:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Fórum/Chat:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PBL:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>PBLe:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aula invertida:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Tempestade Cerebral (Brainstorming)</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mapa Conceitual:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Dramatização/ Role Play</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>   |           |                                     |            | Exposição Dialogada:                | SIM                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO                                 | <input type="checkbox"/> | Estudo de caso:                     | SIM | <input type="checkbox"/>            | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Trabalho de grupo: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | Seminário:             | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Debate:              | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/>            | Painel: | SIM | <input type="checkbox"/>            | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | TBL:             | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Fórum/Chat: | SIM | <input type="checkbox"/>            | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PBL:    | SIM | <input type="checkbox"/>            | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PBLe:        | SIM | <input type="checkbox"/>            | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Aula invertida: | SIM | <input type="checkbox"/>            | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Tempestade Cerebral (Brainstorming) | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Mapa Conceitual:  | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Dramatização/ Role Play   | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Exposição Dialogada:   | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | Estudo de caso:                     | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Trabalho de grupo:   | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | Seminário:                          | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Debate:  | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | Painel:                             | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| TBL:   | SIM       | <input type="checkbox"/>            | NÃO        | <input checked="" type="checkbox"/> | Fórum/Chat:                         | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| PBL:   | SIM       | <input type="checkbox"/>            | NÃO        | <input checked="" type="checkbox"/> | PBLe:                               | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Aula invertida:  | SIM       | <input type="checkbox"/>            | NÃO        | <input checked="" type="checkbox"/> | Tempestade Cerebral (Brainstorming) | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Mapa Conceitual:   | SIM       | <input type="checkbox"/>            | NÃO        | <input checked="" type="checkbox"/> | Dramatização/ Role Play             | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| <b>RECURSOS AUXILIARES:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Computador:</td> <td style="width: 10%;">SIM</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NÃO</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">AVA*:</td> <td style="width: 10%;">SIM</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NÃO</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vídeos:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Atividades clínicas:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Projeter Multimídia:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lousa:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Álbuns Seriados:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Internet:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Slides:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Laboratório:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Manequins:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Vídeo conferência:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lousa Eletrônica:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Prancheta Digitalizadora:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>*Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> |           |                                     |            | Computador:                         | SIM                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO                                 | <input type="checkbox"/> | AVA*:                               | SIM | <input type="checkbox"/>            | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Vídeos:            | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | Atividades clínicas:   | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Projeter Multimídia: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/>            | Lousa:  | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/>            | Álbuns Seriados: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Internet:   | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/>            | Slides: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/>            | Laboratório: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/>            | Manequins:      | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/>            | Vídeo conferência:                  | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Lousa Eletrônica: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Prancheta Digitalizadora: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Computador:  | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | AVA*:                               | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Vídeos:  | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | Atividades clínicas:                | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Projeter Multimídia:   | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | Lousa:                              | SIM                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO                      | <input type="checkbox"/>            |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Álbuns Seriados:   | SIM       | <input type="checkbox"/>            | NÃO        | <input checked="" type="checkbox"/> | Internet:                           | SIM                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO                      | <input type="checkbox"/>            |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Slides:  | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | Laboratório:                        | SIM                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO                      | <input type="checkbox"/>            |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Manequins:   | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | Vídeo conferência:                  | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Lousa Eletrônica:  | SIM       | <input type="checkbox"/>            | NÃO        | <input checked="" type="checkbox"/> | Prancheta Digitalizadora:           | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| <b>AVALIAÇÃO:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Discursiva:</td> <td style="width: 10%;">SIM</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NÃO</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Prática:</td> <td style="width: 10%;">SIM</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NÃO</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Múltipla escolha:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Trabalhos de pesquisa:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oral:</td> <td>SIM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>   |           |                                     |            | Discursiva:                         | SIM                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO                                 | <input type="checkbox"/> | Prática:                            | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/>            | Múltipla escolha:  | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | Trabalhos de pesquisa: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | Oral:                | SIM | <input type="checkbox"/>            | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Discursiva:  | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | Prática:                            | SIM                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO                      | <input type="checkbox"/>            |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Múltipla escolha:  | SIM       | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO        | <input type="checkbox"/>            | Trabalhos de pesquisa:              | SIM                                 | <input type="checkbox"/>            | NÃO                      | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| Oral:  | SIM       | <input type="checkbox"/>            | NÃO        | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| <b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b><br>Rodrigues, Beatriz Deoti Silva. <b>Instrumentação Cirúrgica - introdução à técnica operatória</b> . Belo Horizonte - MG - Brasil: Coopmed, 2015.<br>Monteiro, Ernesto Lentz de Carvalho. <b>Técnica cirúrgica</b> . Belo Horizonte - MG - Brasil: Guanabara Koogan, 2006.<br>Goffi, Fábio Schmidt. <b>Técnica cirúrgica - bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia</b> . 4 ed. ed. São Paulo - SP - Brasil: Atheneu, 1997.<br><b>ACTA CIRÚRGICA BRASILEIRA</b> . - : -, ---. ISSN -.versão online. Disponível em: -. Acesso em: 13 jan. 2020.  |           |                                     |            |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |
| <b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b><br>Cirino, Luís Marcelo Inaco. <b>Manual de técnica cirúrgica pa</b> . São Paulo - SP - Brasil: Sarvier, 2006.<br>Skandalakis, Jonhn E. <b>Anatomia e técnica cirúrgica - manual prático</b> . 4. ed. Rio de Janeiro - RJ - Brasil: Revinter, 2017.<br>Moore, Keith L.. <b>Anatomia orientada para clínica</b> . 8. ed. Belo Horizonte - MG - Brasil: Guanabara Koogan, 2018.<br>Townsend, Courtney M.. <b>Sabiston tratado de cirurgia - a bases biológica da prática cirúrgica moderna</b> . 19 ed. ed. Rio de Janeiro - RJ - Brasil: Elsevier, 2015.<br>Townsend, Courtney M.. <b>Atlas de técnicas cirúrgicas</b> . Rio de Janeiro - RJ - Brasil: Elsevier, 2011.<br><b>BMC SURGERY</b> . - : -, ---. ISSN -.versão online. Disponível em: -. Acesso em: 27 jan. 2020.   |           |                                     |            |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |     |                                     |     |                                     |                    |     |                                     |     |                          |                        |     |                          |     |                                     |                      |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |                  |     |                          |     |                                     |             |     |                                     |     |                                     |         |     |                                     |     |                                     |              |     |                                     |     |                                     |                 |     |                                     |     |                                     |                                     |     |                          |     |                                     |                   |     |                          |     |                                     |                           |     |                          |     |                                     |

|  |           |                 |            |
|--|-----------|-----------------|------------|
| SEMESTRE: 2  | ANO: 2022 | C/H: 100        | AULAS: 120 |
| CURSO: MEDICINA  |           | CAMPUS: ALFENAS |            |
| DISCIPLINA: <b>BASES DA TEC CIRURGICA E PROC. EMERGENC.</b>  |           |                 |            |
| <b>PLANO DE ENSINO-APRENDIZAGEM</b>  |           |                 |            |
| <b>CONTEÚDOS</b>   |           |                 |            |
| <p>ATIVIDADES TEÓRICAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A cirurgia no curriculum médico, história e nomenclatura</li> <li>2. Antissepsia e Paramentação</li> <li>3. Equipe Cirúrgica e Instrumentação</li> <li>4. Agulhas, Nós, fios e Suturas</li> <li>5. Operações fundamentais: Diérese, hemostasia e sutura</li> <li>6. Ambiente Cirúrgico</li> <li>7. Drenos e Sondas: nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia</li> <li>8. Laparotomias</li> <li>9. Punções: Venosa, arterial, torácica e abdominal</li> <li>10. Resposta endócrino metabólica ao trauma</li> <li>11. Pré, Per e pós-operatório</li> <li>12. Laparoscopia</li> <li>13. Ressecções colônicas, colostomia e cirurgias orificiais</li> <li>14. Ressecções e suturas gastroentéricas, suturas hepáticas, pancreáticas e esplênica</li> </ol> <p>ATIVIDADES PRÁTICAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antissepsia</li> <li>2. Paramentação</li> <li>3. Equipe cirúrgica e instrumentação</li> <li>4. Agulhas, nós e fios cirúrgicos</li> <li>5. Suturas</li> <li>6. Ambiente cirúrgico</li> <li>7. Drenos e sondas</li> <li>8. Punções (venosa, abdominal e torácica)</li> </ol> |           |                 |            |